

## نموذج إثبات حالة طالب/ة متخرج/ة

أولاً / الإحالة :

المكرم/ة مدير/ة مستشفى ..... حفظه / الله

نفيدكم بأن الطالب/ة : ..... رقم السجل المدني : .....

أحد / إحدى المرضى المراجعين لديكم، نأمل التكرم بتحديد الحالة الصحية للطالب/ة حسب البيان الموضح في الفقرة ثانياً .

الختم

مدير/ة مكتب دعم الخدمات المساندة .....

الاسم : .....

التوقيع : .....

ثانياً / التصنيفات للحالة الصحية مع ملاحظة أن الحالة المثبتة في التقرير الطبي المرفق متطابقة تماماً معها ، وموضحاً فيه النسب المطلوبة .

أمراض القلب المزمنة وتؤثر على وظيفة القلب (زرقة ، وذمات ، زلة تنفسية ، عيب خلقي في الشريان الرئوي) مع استخدام الأدوية .  
 قصور التنفس ( معتمد كلياً على الأكسجين ) .  
 الصرع ( المستعصي ) أو الصرع المعند .  
 فشل كلوي نهائي ( تحت الغسيل الدموي أو البريتواني ) .  
 الصلب المفتوح ( العمود الفقري المشقوق ) ، أو ضمور في تكوين الفقرات الظهرية .  
 البتر ( اليد : بتر كامل فأكثر ، الرجل : بتر القدم كامل فأكثر ) .  
 الثلاسيميا الكبرى ( فقر دم البحر المتوسط ) أو الفانثلاسيميا مثبت باستمرار أمراض الدم الوراثية .  
 فقر الدم المنجلي ( مثبت باستمرار أمراض الدم الوراثية بنسبة هيموغلوبين HBS يساوي أو أكبر من ٧٠% ) .  
 ميلان العمود الفقري الشديد ( التهاب العظام ويحدث ألاماً تؤثر وظيفياً على حركة الطالب وأدائه داخل المدرسة ) .  
 ضعف طرف أو أكثر ، الحثل العضلي الدوشيني ، التفاف خلفي بالساقين وبشترط أن تتسبب في إعاقة واضحة في المشي والحركة بنسبة ٧٠% فأكثر .

تاريخ بداية الحالة المرضية : / /

اسم الطبيب/ة : ..... التوقيع : ..... الختم

ثالثاً / ما يخص إدارة تنمية القدرات - قسم ذوي الإعاقة .

أصل التقرير الطبي الحديث .  
 نموذج تعريف الانتظام والانتساب للأعوام السابقة .  
 الشهادات الدراسية لجميع الأعوام .  
 رقم الجوال .  
 إجازة الحالة بعد دراسة الوثائق المذكورة والمقابلة الشخصية للطالب/ة من قبل اللجنة الفرعية الطبية بالإدارة العامة للتعليم بمحافظة جدة .  
 عدم إجازة الحالة بعد دراسة الوثائق المذكورة والمقابلة الشخصية للطالب/ة من قبل اللجنة الفرعية الطبية بالإدارة العامة للتعليم بمحافظة جدة .

اسم الموظف/ة المختص/ة : ..... التوقيع : ..... الختم

رابعاً / ما يخص مكتب دعم الخدمات المساندة .....

بناء على المعطيات أعلاه، يعتمد صرف مكافأة طلاب ذوي الإعاقة الجسمية والصحية للطالب/ة الموضوع/ة ببياناته/ها أعلاه

اعتباراً من تاريخ : / / ١٤  
 بآثر رجعي اعتباراً من تاريخ : / / ١٤

على سلم المرحلة الابتدائية من ..... إلى .....

على سلم المرحلة المتوسطة من ..... إلى .....

على سلم المرحلة الثانوية من ..... إلى .....

اسم الموظف/ة المختص/ة : ..... التوقيع : ..... الختم